

REGIONE LAZIO

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, ENTI LOCALI

DIREZIONE REGIONALE PER L'INCLUSIONE SOCIALE

“Atto di Programmazione della Regione Lazio per l’attuazione del Piano Nazionale per la non autosufficienza relativo al triennio 2019- 2021”

redatto in coerenza con gli obiettivi e le strategie di cui al Piano Regionale Sociale “Prendersi Cura, Bene Comune” e secondo le modalità dell’Allegato B al DPCM 21 novembre 2019.

1. Il quadro di contesto e le modalità di riferimento di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria

1.1. Il quadro di contesto

Con Deliberazione del Consiglio Regionale n.1 del 24 gennaio 2019 è stato approvato il Piano Sociale Regionale "Prendersi Cura, Bene Comune" relativamente al triennio 2019/2021 che individua gli obiettivi e le strategie della Regione Lazio.

Il Piano Sociale Regionale è stato oggetto di una attività di concertazione con le forze sindacali, del terzo settore, delle Aziende Sanitarie Locali, degli Enti Locali oltre che degli Enti gestori dei distretti socio sanitari. Il Piano individua, altresì, le modalità di finanziamento della rete dei servizi, in coerenza con quanto previsto dalla legge regionale n.11 del 10 agosto 2016.

Con legge regionale n.11 del 10 agosto 2016 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio, è stato definito il quadro di riferimento delle attività dei servizi sociali specificando le diverse competenze, le modalità di realizzazione degli interventi e di collaborazione con le autonomie locali, i soggetti della pianificazione. In particolare sono state definite le diverse competenze, il sistema della governance, le modalità di approvazione dei Piani di Zona.

In particolare, sia la legge regionale che il Piano Sociale Regionale, prevedono le modalità di partecipazione dei soggetti del terzo settore, dei sindacati, alla programmazione distrettuale nell'ambito del più generale livello regionale.

All'interno di questo quadro partecipativo sono state definite con Deliberazione della Giunta Regionale n.971 del 12 dicembre 2019 le modalità di riparto del Fondo per la Non Autosufficienza 2019 ai distretti socio sanitari per la realizzazione delle attività e degli interventi previsti nei relativi Piani di Zona.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n.430 del 28 giugno 2019 sono state aggiornate le linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti, in condizione di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale 26 settembre 2016

1.2 Integrazione socio sanitaria

Il Capo VII della legge regionale n.11 del 10 agosto 2016 è dedicato alla integrazione socio sanitaria. L'articolo 51 entra nel merito della integrazione, specificando:

"1. Sono prestazioni socio-sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione in termini di recupero e mantenimento delle autonomie personali, d'inserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita.

2. Le prestazioni socio-sanitarie, ai sensi dell'articolo 3-septies, comma 2, del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche e dell'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) si distinguono in:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativo invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;

c) prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono prevalentemente alle aree: materno infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenze, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

3. Per garantire il coordinamento e l'integrazione tra le prestazioni di cui al comma 2, le aziende sanitarie locali e i comuni stipulano una convenzione o accordo di programma secondo uno schema tipo approvato con la deliberazione della Giunta regionale di cui al comma 7.

4. Per l'organizzazione coordinata e integrata delle prestazioni di cui al comma 2, il direttore del distretto sanitario e il responsabile dell'ufficio di piano operano d'intesa, per il raggiungimento degli obiettivi di salute e di benessere fissati nei piani attuativi locali e nei piani sociali di zona.

5. Il conseguimento degli obiettivi d'integrazione di cui al comma 4 costituisce elemento fondamentale di valutazione del direttore del distretto sanitario e del responsabile dell'ufficio di piano.

6. Per la gestione e l'erogazione coordinata ed integrata delle prestazioni socio-sanitarie di cui al comma 2, l'azienda sanitaria locale e i comuni associati definiscono i rispettivi *budget*, creando un *budget* unico di distretto impostato e valorizzato mediante indicatori standard di efficacia e di efficienza per misurare le prestazioni e la spesa che devono essere assegnati a responsabili identificabili e i criteri di partecipazione alla spesa, concorrendo con proprie risorse finanziarie in coerenza con gli indirizzi programmatici regionali.

7. La Giunta regionale, su proposta del tavolo di coordinamento interassessorile per l'integrazione socio-sanitaria e

previo parere delle commissioni consiliari competenti, approva, con propria deliberazione, le linee guida regionali per l'integrazione socio-sanitaria, da allegare al piano sociale regionale e al piano sanitario regionale, con cui:

- a) individua le prestazioni da ricondurre alle tipologie indicate al comma 2, in attuazione del d.p.c.m. 14 febbraio 2001, tenuto conto dei livelli essenziali di cui all'articolo 22;
- b) determina i criteri di finanziamento delle stesse;
- c) individua gli strumenti di incentivazione e di verifica dei livelli di integrazione socio-sanitaria nei diversi distretti;
- d) stabilisce che ogni azienda sanitaria locale, per il territorio di propria competenza, rediga, controlli ed aggiorni, in piena trasparenza le liste di attesa delle prestazioni socio-sanitarie;
- e) definisce i criteri di accesso alle prestazioni socio-sanitarie erogate direttamente dalle aziende sanitarie locali;
- f) approva lo schema di convenzione o accordo di programma di cui al comma 3;
- g) definisce gli *standard* di efficacia ed efficienza per la misurazione delle prestazioni e per la valutazione degli obiettivi strategici.”.

Gli articoli 54 e 55 della predetta legge regionale individuano, altresì, le modalità di integrazione anche attraverso un sistema di governance collaborativa tra cui la conferenza locale sociale e sanitaria (articolo 54) e la conferenza permanente per la collaborazione sociale e sanitaria della Regione (articolo 55).

1.2.1 Ambiti Territoriali

L'articolo 43 della legge regionale n.11 del 10 agosto 2016 individua nel distretto socio sanitario l'ambito territoriale ottimale nel quale i Comuni esercitano in forma associata, secondo le modalità previste dal testo unico dell'ordinamento degli EE.LL., la gestione dei servizi sociali. La Regione Lazio con deliberazione n. 660 del 17 ottobre 2017, ha individuato gli ambiti territoriali ottimali coincidenti, tranne che per la provincia di Rieti e Viterbo, con i distretti sanitari delle Asl. Nel Lazio sono presenti, pertanto, 36 distretti socio sanitari oltre Roma Capitale, così suddivisi: 5 Rieti; 5 Viterbo; 4 Frosinone; 5 Latina; 17 nell'ambito della provincia di Roma.

La governance dei distretti, ad esclusione di Roma Capitale, avviene attraverso per la maggior parte attraverso le convenzioni, quattro i Consorzi, una Unione di Comuni e due Comunità Montane.

1.2.2 Punti Unici di Accesso

L'articolo 52 della legge regionale n.11 del 10 agosto 2016, nell'ambito della integrazione socio sanitaria prevede i punti unici di accesso.

1. Al fine di favorire la fruizione da parte degli utenti dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari erogati nell'ambito del distretto, i comuni e le aziende sanitarie locali istituiscono in ogni ambito territoriale ottimale un punto unico di accesso all'insieme dei servizi stessi (PUA).

2. Sono funzioni specifiche del PUA:

- a) orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli;
- b) agevolare l'accesso unitario alle prestazioni di cui alla lettera a), favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari;
- c) avviare la presa in carico, mediante una prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati;
- d) segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e della presa in carico integrata di cui all'articolo 53.

3. Il PUA deve avere, in via privilegiata, diversi punti d'accesso decentrati presso i servizi territoriali quali segretariato sociale, il Centro unico di prenotazione (CUP) e il RECUP prenotazione prestazioni sanitarie delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e le case della salute, gli sportelli sociali attivati da enti pubblici, ospedali, ambulatori, presidi delle aziende sanitarie locali e presidi socio-sanitari in generale, enti del terzo settore, sindacati ed enti di patronato collegati tra loro nell'ottica della realizzazione di un'efficiente ed efficace funzionalità informativa.

4. Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione ed il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali e dai comuni associati nell'ambito territoriale ottimale.

5. Il PUA utilizza, nell'ambito di un più ampio sistema informativo relativo alle attività socio-sanitarie, un apposito strumento, definito cartella socio-sanitaria, per la registrazione informatizzata dei dati relativi all'utenza, alla domanda espressa, alla valutazione integrata dei casi, alla presa in carico, alla gestione dei casi ed ai loro esiti conclusivi, acquisiti anche dai soggetti erogatori dei servizi, nel rispetto del diritto alla riservatezza degli utenti. Tali dati sono altresì forniti in forma aggregata al SISS.

6. Con deliberazione della Giunta regionale, su proposta formulata di concerto degli Assessori competenti in materia di politiche sociali e di sanità, sono stabilite linee guida in ordine all'organizzazione, alla dotazione organica ed alle modalità di finanziamento del PUA.”

Il Punto Unico di Accesso rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta

appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. Si configura, pertanto, come il primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità e diritto. L'attivazione dei Punti Unici di Accesso è stata regolata dalla Regione Lazio con la DGR n. 315 del 2011, che ne ha dettato le Linee di indirizzo, modificate dalla successiva DGR n. 149/2018. Con la legge regionale 11/2016, all'art. 52, al fine di favorire la fruizione da parte degli utenti dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari erogati nell'ambito del distretto, è stato disposto l'istituzione di almeno un punto unico di accesso (PUA) in ogni ambito territoriale ottimale. Le funzioni del PUA, così come disposto dalla DGR n. 315/2011, si collocano nel distretto sociosanitario presso una sede territoriale strategica, ove siano presenti un numero rilevante di servizi sanitari e/o sociali e di funzioni direzionali. Nella Casa della Salute, che si configura come il nodo strategico, strutturato e di riferimento, in forte connessione funzionale e operativa con tutta la rete sanitaria e sociale del territorio in cui insiste, è prevista tra le funzioni di base la presenza del Punto Unico di Accesso. Qualora in un distretto non sia ancora operativa una Casa della Salute, il PUA potrà essere ubicato presso una sede territoriale del distretto sanitario o sociosanitario.

Occorre precisare che, laddove se ne ravvisasse la necessità per motivi demografici e/o territoriali, sarà possibile istituire più sedi PUA all'interno dello stesso distretto sociosanitario al fine di realizzare una maggiore prossimità con gli utenti. Secondo lo stesso articolo 52 della l.r. n. 11/2016 le funzioni specifiche del PUA sono: a) orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli; b) agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari; c) segnalare le situazioni connesse con bisogni sociosanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e della presa in carico integrata; d) avviare la presa in carico, mediante la prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.

Il modello declinato dalla Regione Lazio, così come definito con deliberazioni n. 315/2011 e n. 149/2018, prevede che tutti i punti di accoglienza già attivi per l'utenza fragile (segretariati sociali, servizi CAD di ASL, consultori familiari, ecc.), se dotati di personale appositamente formato alle funzioni PUA e se connessi al sistema informativo SIAT, possono svolgere la funzione di front-office. In tal senso, al fine di garantire quanto più possibile la prossimità ai cittadini, si prevede la creazione di una rete in cui, a fianco a una sede distrettuale principale (unica deputata a svolgere le funzioni di back office), siano presenti varie sedi decentrate e di prossimità, con funzioni di front office, situate presso i servizi territoriali già esistenti e connessi con il PUA principale, accogliendo l'utenza e procedendo a indirizzarla in maniera appropriata (modello Hub & Spoke in cui l'Hub si identifica con la funzione del back office e gli Spoke sono i punti che assolvono esclusivamente funzione di front office). Le funzioni del PUA sono articolate su due livelli: a) funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento b) funzioni di back office: prevalutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati. Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione ed il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali e dai comuni associati nell'ambito territoriale ottimale. Tali aspetti sono regolati dal regolamento di cui ciascun PUA dovrà dotarsi e che dovrà contenere il logo unitario riconoscibile, l'elenco delle sedi del PUA, gli orari di apertura, la tempistica di attivazione della risposta, l'organizzazione, la descrizione dei processi operativi, comprensivi delle singole fasi, l'individuazione dei responsabili dell'esecuzione delle singole attività svolte e i criteri per l'individuazione del responsabile del PUA. Il PUA deve prevedere necessariamente risorse umane dedicate per le specifiche funzioni, opportunamente formate ed abilitate alla ricezione e allo screening della domanda d'accesso nella rete dei servizi, capaci di codificare e decodificare il bisogno, di relazionarsi con la cittadinanza e con il sistema socio-ambientale di riferimento, di lavorare in equipe, di gestire funzioni organizzative e di coordinamento. I profili professionali degli operatori PUA sono identificati nell'assistente sociale, nell'infermiere, nel medico di distretto e nel personale amministrativo. Può altresì essere prevista, in considerazione dell'utenza prevalente, la presenza di ulteriori figure professionali, anche condivise con altri servizi e rese disponibili all'occorrenza. Il profilo professionale e la formazione del personale devono essere, comunque, strettamente correlate alle specifiche funzioni attribuite all'interno PUA e devono essere supportati da strumenti utili per la gestione informatizzata delle pratiche.

1.2.3. Valutazione Multidimensionale

La valutazione multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con disabilità, identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale. Gli strumenti per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria). Per quanto attiene la valutazione multidimensionale, il cui principio in modo esplicito è stato sancito dall'art. 4, comma 3, del DPCM 14 febbraio 2001, si riportano, sinteticamente, i principali atti regionali adottati: - D.G.R. 40/2008 "Adozione dello Strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale"; - DCA 431/2012 "La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e

sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio".-DCA 247/2014 e DCA 306/2014 con la quale si è adottata la scheda S.Va.M. Di quale strumento unico di valutazione multidimensionale per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, al fine di garantire omogeneità di criteri valutativi ed equità nell'accesso alle prestazioni in regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare. Ai sensi dell'art. 53 della L.R. 11/2016, il Piano Assistenziale Individuale (PAI) rappresenta la modalità operativa attraverso la quale si realizza la valutazione multidimensionale e la continuità del processo assistenziale. Il Piano Assistenziale Individuale integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge 328/00 e, cioè, su istanza dell'interessato, è predisposto dall'UVM distrettuale in cui, necessariamente, deve essere presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale. La progettazione individuale, condivisa con l'utente, declina la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi, l'eventuale compartecipazione dell'utente, le verifiche sull'appropriatezza e l'efficacia delle misure attuate, la ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona e, come previsto dall'art.53 della L.R. 11/16, dovrebbe fondarsi sul budget di salute.

1.2.4 Progetto Personalizzato

Ai sensi della L. 328/2000, secondo quanto previsto ai sensi della legge regionale n. 20/2006 e di quanto disciplinato dalla l.r.11/2006 agli articoli 52 e 53, per ogni persona è predisposto un piano personalizzato di assistenza (nel caso di minori un piano personalizzato educativo-assistenziale) sulla base dei bisogni rilevati. Il piano elaborato dai Servizi sociali territoriali, eventualmente coordinato con il piano assistenziale sanitario predisposto dall'Azienda Sanitaria Locale, è condiviso e accettato dalla persona destinataria del servizio e dai suoi familiari e la sua attuazione ed efficacia è verificata dai Servizi sociali territoriali stessi. Il piano personalizzato di assistenza è sottoscritto altresì dal soggetto erogatore del servizio, che si impegna in tal modo alla sua piena e corretta attuazione. Il piano personalizzato di assistenza contiene gli obiettivi da raggiungere, la durata del piano e la tempistica per le verifiche sulla sua realizzazione, le prestazioni, le modalità e i tempi di attuazione del piano, i compiti specifici del personale coinvolto, il sistema di verifica, i criteri di informazione, compresa l'indicazione dei riferimenti dell'Ufficio di tutela della persona destinataria del servizio e di coinvolgimento della persona presa in carico e del nucleo familiare e delle figure e delle istituzioni interessate alla realizzazione dell'intervento. Ogni informazione contenuta nel piano personalizzato è regolarmente aggiornata e verificata, in modo tale da seguire l'evoluzione delle condizioni della persona nel tempo, in particolare per quanto riguarda i dati relativi al suo stato di benessere psico-fisico. Nell'attuazione del piano deve essere favorita la continuità degli operatori che seguono la singola persona. Il soggetto gestore del servizio, con periodicità stabilita dal servizio sociale di riferimento, comunica ai referenti dei servizi sociali territoriali l'andamento del servizio in relazione al piano personalizzato di assistenza, che viene verificato periodicamente con gli stessi e i beneficiari ed eventualmente modificato. (Deliberazione della Giunta Regionale del 28 febbraio 2017 n. 88 Servizi e interventi sociali di assistenza alla persona nella Regione Lazio. Attuazione l.r. 11/2016. Modifiche alla deliberazione della Giunta regionale 03 maggio 2016, n. 223

1.2.5 Budget di Progetto

L'obiettivo centrale delle politiche sociali, intese nel loro senso più ampio, è quello di favorire l'inclusione e garantire condizioni di pari opportunità per tutti i cittadini e le cittadine, in modo che tutti abbiano le stesse possibilità di sviluppo personale. Ciascuna persona, e ciascuna famiglia, deve essere messa nelle condizioni di poter decidere della propria vita, secondo i propri bisogni e i propri obiettivi, la propria scala di valori e le proprie capacità. In tal senso il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari concorre all'inclusione sociale, fornendo supporti congruenti e proporzionati alle condizioni personali e ambientali, alla piena inclusione e partecipazione sociale di ognuno in condizione di parità con gli altri membri della comunità di riferimento. Nonostante tali presupposti, nella realtà il sistema di welfare risulta, ad oggi, tutt'altro che integrato. Esso offre risposte frammentate e parcellizzate, che spingono ancora a riferirsi all'integrazione come ad un obiettivo da raggiungere. Un approccio basato sui diritti impone un ripensamento del sistema, che si fondi sul protagonismo della persona, considerata nella sua unitarietà, garantisca l'esigibilità delle prestazioni, produca risposte appropriate, integrate e prossimali, valorizzando anche il capitale relazionale presente nelle comunità locali. L'articolo 53 della nuova legge regionale 11/2016 prevede la *presa in carico integrata della persona* e il *budget di salute*, al fine di introdurre strumenti operativi capaci di ricomporre la frammentazione delle prestazioni, dei costi e delle competenze tra sociale e sanità, tra Comuni e ASL. L'obiettivo è di garantire il diritto alla salute dei cittadini e delle cittadine, che - giova ricordarlo - si configura non come una semplice assenza di malattia, ma come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e che, come tale, richiede un sistema fortemente integrato di servizi sanitari e sociali, in grado di assicurare appropriatezza e continuità delle risposte. La centralità della persona diviene operativamente fondante del sistema solo in presenza di una sua riorganizzazione che possa garantire il rispetto del diritto di fruizione dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari in modo integrato e condiviso. Congruentemente, nella programmazione, organizzazione ed erogazione dei servizi a livello distrettuale, la Regione introduce quindi il metodo della programmazione personale e del budget di salute. (Deliberazione del Consiglio Regionale del 24 gennaio 2019 n. 1 Approvazione del Piano Sociale Regionale "Prendersi Cura, Bene Comune)

2. Le modalità di individuazione dei beneficiari

Le risorse statali, secondo le prescrizioni ministeriali di cui ai decreti annuali di riparto, devono essere destinate prioritariamente alla realizzazione di interventi di supporto assistenziale a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, come individuate all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016: "persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni":

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui alle precedenti lettere a), c), d), e), e h), si rinvia alle scale di misurazione illustrate nell'Allegato 1 al decreto.

Per l'individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui alla precedente lettera i), si utilizzano, invece, i criteri di cui all'Allegato 2 dello stesso decreto.

Nel caso in cui le condizioni di cui alle lettere a) e d) siano determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati possono comunque accedere, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dalle Regioni, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.

Il decreto interministeriale 12 dicembre 2018 ha esplicitamente ricompreso nella definizione di disabilità gravissima oltre che gli utenti affetti da sclerosi laterale amiotrofica anche "le persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette da morbo di Alzheimer" (art.2, comma 2). (Deliberazione della Giunta Regionale del 28 giugno 2019 n.430)

Ai sensi dell'articolo 39 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 al fine di favorire la permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone in condizioni di disabilità grave e/o di non autosufficienza e sostenere il rispettivo nucleo familiare, i soggetti pubblici competenti, nell'ambito degli interventi di integrazione e sostegno sociale, predispongono interventi di sostegno economico per l'assunzione di un assistente alla persona sulla base di un piano personalizzato di assistenza.

Sono destinatarie del presente intervento di assistenza le persone in condizioni di disabilità grave e/o di non autosufficienza, ivi comprese quelle conseguenti a limitazioni intellettive e relazionali e le persone anziane (con età superiore a quella pensionabile stabilita dalla normativa vigente) in condizioni di temporanea o permanente limitazione dell'autosufficienza e/o dell'autonomia affette da patologie correlate all'età, che necessitano di un'assistenza sociale di tipo intensivo nell'arco della giornata.

Le persone in condizioni di disabilità grave e/o non autosufficienza (o chi ne fa le veci ai sensi di legge) che decidono di usufruire di questa forma di assistenza scelgono autonomamente il proprio assistente e sono tenuti a regolarizzarne il rapporto con un contratto di lavoro, nel rispetto della normativa vigente e degli inquadramenti contrattuali previsti. La responsabilità della scelta dell'assistente alla persona, degli obblighi e degli adempimenti derivanti della gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente della persona che firma il contratto.

L'assistente alla persona è un operatore che interviene accanto alla persona in condizioni di disabilità grave e/o non autosufficienza per aiutarla negli atti quotidiani compensando i suoi limiti funzionali e permettendole in tal modo di permanere nel proprio ambiente familiare.

L'assistente può prestare la sua opera in ogni ambito e in ogni circostanza della vita della persona. Agisce in base alle direttive della persona o del familiare che se ne prende cura.

Al fine di fornire supporto ai destinatari degli interventi nella libera scelta degli assistenti alla persona, i soggetti pubblici competenti istituiscono appositi registri ai quali si iscrivono le persone fisiche che intendono operare nel campo dell'assistenza a persone con disabilità grave e/o di non autosufficienza disciplinata dal presente atto al punto C.4 "Registro degli assistenti alla persona".

Le persone destinatarie del sostegno economico (o chi ne fa le veci ai sensi di legge) che scelgono il proprio assistente al di fuori del registro dovranno far iscrivere l'assistente stesso in detti registri entro il termine di tre mesi. Tale adempimento risulta essenziale per il proseguimento dell'erogazione del sostegno economico.

Il beneficiario del finanziamento (o chi ne fa le veci ai sensi di legge) deve essere consapevole che l'assunzione dell'assistente alla persona è un atto tra privati, che comporta l'impegno a carico del datore di lavoro di assolvere gli adempimenti conseguenti al contratto instaurato, tra cui in particolare il pagamento del corrispettivo e il versamento degli oneri assicurativi e previdenziali. Nessuna somma potrà essere richiesta al soggetto pubblico competente oltre agli importi riconosciuti come direttamente e strettamente connessi all'attività di assistenza svolta in conformità al piano personalizzato di assistenza.

A seguito dell'accoglimento della richiesta presentata dalla persona interessata (o chi ne fa le veci ai sensi di legge), viene concordato tra la stessa ed il soggetto pubblico competente un apposito piano personalizzato di assistenza, elaborato tenendo conto delle condizioni e delle necessità della persona considerata globalmente nel proprio contesto di vita e contenente gli obiettivi da perseguire con l'intervento.

La persona destinataria dell'intervento sottoscrive, unitamente al piano personalizzato di assistenza di cui sopra, un apposito atto di impegno predisposto dal soggetto pubblico competente nel quale:

- si impegna ad utilizzare il sostegno economico concessogli quale aiuto economico a esclusivo titolo di rimborso spese totale o parziale, comprensivo, degli oneri diretti e indiretti derivanti dal contratto stipulato con l'assistente personale;
- si impegna a regolarizzare il rapporto con l'assistente scelto mediante rapporto di lavoro, nel rispetto delle normative vigenti;
- si fa carico di ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale scaturente dal suddetto contratto;
- si impegna a stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore dell'assistente personale per eventuali danni provocati a terzi;
- si impegna a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza;
- si impegna a presentare, con periodicità stabilita dai servizi sociali territoriali, la rendicontazione delle spese sostenute per l'acquisizione dell'intervento;
- si impegna al pagamento delle spese esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) producendo a richiesta del soggetto pubblico competente copia di idonea documentazione;
- si impegna a riconoscere al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione del piano personalizzato e sull'osservanza dell'atto di impegno;
- accetta che, al verificarsi di eventuali proprie inadempienze di cui ai punti sopra elencati, il soggetto pubblico titolare del servizio gli contesti per iscritto tali inadempienze, assegnando un termine per la loro regolarizzazione. Trascorso inutilmente tale termine si potrà procedere alla riduzione e/o revoca del sostegno economico ed al recupero delle somme eventualmente erogate e non giustificate.

La persona destinataria dell'intervento (o chi ne fa le veci ai sensi di legge) riceve dal soggetto pubblico competente un sostegno economico, a copertura parziale delle spese necessarie per l'espletamento dello stesso.

Le modalità di presentazione delle domande di assistenza, l'entità del sostegno economico e i criteri e le modalità della sua erogazione sono stabilite dal detto soggetto pubblico competente.

Sono riconosciuti come rimborsabili esclusivamente le spese derivanti dal contratto con l'assistente alla persona iscritto nell'apposito registro.

Non vengono finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati con i familiari ed affini come individuati all'articolo 433 del Codice civile.

Il soggetto pubblico competente, con periodicità e modalità stabilite dallo stesso, verifica il rispetto di quanto sottoscritto nell'atto di impegno e la correttezza e l'efficacia delle prestazioni erogate nell'attuazione del piano personalizzato di assistenza.

La valutazione positiva dell'intervento erogato, espressa secondo criteri e parametri degli strumenti di valutazione definiti dai servizi sociali territoriali, è condizione indispensabile per il mantenimento del sostegno economico. (Deliberazione della Giunta Regionale del 3 maggio 2016 n. 223 come modificata dalla Deliberazione della Giunta Regionale del 28 febbraio 2017 n.88)

Il rafforzamento dell'autonomia personale e la realizzazione della **vita indipendente** devono essere perseguite attraverso la costruzione di un sistema che metta al centro la persona e ne valorizzi e rafforzi le risorse, contrasti l'esclusione e ne favorisca la permanenza nel proprio contesto di vita, evitando situazioni di isolamento ed emarginazione.

Principio ispiratore del Piano sociale della Regione Lazio è l'idea che l'intervento sociale e sociosanitario sia pensato e progettato, in prima battuta e secondo le preferenze della persona, in forma domiciliare, e che l'assistenza residenziale debba essere limitata allo stretto necessario e scelta in alternativa al mantenimento dell'abituale dimora solo qualora siano stati attivati tutti i supporti e i sostegni possibili, in un'ottica comunque riabilitativa.

In questo senso Il Piano prevede:

- il rafforzamento dell'assistenza domiciliare;

- l'attivazione dei servizi previsti nella legge sul dopo di noi;
- il sostegno ai caregiver;
- l'opportunità di riconoscere il contributo di cura al caregiver familiare non solo per le persone in condizioni di disabilità gravissima, ma anche per le persone con disabilità media, grave e non autosufficienti, secondo la nuova classificazione di disabilità prevista dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2013, n. 159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente-ISEE);
- la facilitazione dell'accesso, in particolare per le persone disabili, ai servizi residenziali e semiresidenziali riabilitativi;
- l'attivazione di servizi per la fruizione delle prestazioni sanitarie da parte di persone con disabilità complessa e non collaboranti;
- la possibilità di creare momenti di sollievo per le famiglie creando attività di tempo libero sperimentando una vita autonoma (week end di autonomia abitativa e sociale);

3.La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

3.1. Gli interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima

Con deliberazione della Giunta Regionale del 28 giugno 2019 n. 430 sono state approvate l'aggiornamento delle linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti, in condizione di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale 26 settembre 2016.

3.1.1 Assegno di cura per l'autonomia

L'intervento di assistenza domiciliare a persone in condizioni di disabilità gravissima si attiva, su domanda dell'interessato, con il riconoscimento di un contributo economico, denominato *assegno di cura* (art. 25, comma 2, lett. a) della L.R.11/2016), destinato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia. La valutazione sull'appropriatezza dell'intervento di cui trattasi per ciascun utente compete all'UVM integrata in sede di definizione del PAI. Per questa modalità di assistenza in ambito domiciliare, che si affianca al servizio pubblico di assistenza domiciliare (punto 6.1), si richiamano le prescrizioni di cui al punto C.2 dell'Allegato alla D.G.R. 223/2016, concernenti i requisiti professionali degli operatori, la tipologia di prestazioni, l'istituzione del Registro degli assistenti alla persona, la sottoscrizione dell'atto di impegno e l'ammissibilità delle spese.

Per favorire la più ampia libertà di scelta, l'utente e la sua famiglia potranno individuare direttamente l'operatore nelle modalità sopra descritte, ovvero acquistare il servizio di assistenza direttamente da un soggetto erogatore di terzo settore accreditato ai sensi della D.G.R. 223/2016.

Si precisa che non possono essere finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati con familiari ed affini, come individuati all'articolo 433 del Codice civile.

L'assegno di cura è compatibile con la fruizione di altri servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta, quali:

- interventi di assistenza domiciliare integrata, componente sanitaria;
- interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare e semiresidenziali;
- ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 15 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso per essere riattivato al momento del rientro dell'utente a domicilio;
- ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.

L'assegno di cura non viene riconosciuto o, se già attribuito, viene interrotto nei casi seguenti:

- ricoveri di sollievo il cui costo sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea presso strutture sanitarie o socio sanitarie;
- trasferimento della residenza della persona beneficiaria in altra regione.

L'assegno di cura *non è cumulabile* con altri interventi di assistenza sociale domiciliare, già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali, a meno che le due tipologie di intervento siano complessivamente necessarie a coprire il fabbisogno assistenziale globale dell'utente valutato in sede di predisposizione del PAI.

Si precisa che, con riferimento ai minori in età evolutiva prescolare con disturbi dello spettro autistico rientranti nella condizione di cui alla lett. g (paragrafo 1), l'assegno di cura è compatibile con l'erogazione della specifica misura di sostegno alle famiglie prevista dalla L.R. 7/2018 e dal regolamento regionale attuativo n. 1/2019. Tale misura è volta, ai sensi dell'art. 74 della L.R.7/2018,

a consentire alle famiglie di avvalersi dei programmi terapeutici psicologici e comportamentali strutturati, dei programmi educativi nonché degli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta mirati a modificare i comportamenti del bambino per favorire il migliore adattamento possibile alla vita quotidiana. Inoltre, i titoli e i requisiti professionali richiesti per l'iscrizione all'apposito elenco ai sensi dell'art.4 del citato regolamento definiscono, infatti, la tipologia di prestazione come tecnica e specialistica.

Determinazione dell'assegno di cura

L'assegno di cura, di durata annuale, è erogato agli aventi diritto fino a concorrenza delle risorse disponibili in ambito

distrettuale, tenendo conto degli importi minimi e massimi e dei criteri di priorità nell'accesso indicati dalle presenti Linee guida.

L'importo mensile/pro capite è fissato tra un minimo di 800,00 euro ed un massimo di 1.200,00 euro da erogare con cadenza mensile o bimestrale.

L'importo spettante sarà stabilito, in sede di definizione del PAI, tenendo conto dei diversi interventi programmati, del contesto relazionale ed ambientale, del supporto familiare, delle condizioni di autonomia finanziaria oggetto di valutazione multidimensionale attraverso la scheda S.Va.M.Di.

In base a tale valutazione, i distretti socio sanitari possono procedere, altresì, ad incrementare l'assegno di cura, utilizzando le risorse regionali a ciò destinate ed assegnate loro con determinazione G16926/2018, per quegli utenti che presentino una maggiore complessità e fragilità legata al contesto sociale, economico, ambientale e familiare. L'importo massimo erogabile al singolo utente, mensilmente, comprensivo di tale eventuale *incremento*, è di euro 1.500,00.

L'importo dell'assegno di cura sarà riconosciuto all'avente diritto dal momento della presentazione della domanda.

Il soggetto competente procederà, inoltre, all'erogazione dell'assegno di cura con bonifico bancario in favore della persona assistita o con altre modalità che consentano, comunque, la tracciabilità del pagamento.

3.1.2 Gli altri interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima: assistenza domiciliare e interventi complementari (ricoveri di sollievo in strutture socio sanitarie residenziali e semi residenziali).

La legge 8 novembre 2000, n. 328 all'articolo 22, comma 4 lettera d) include l'assistenza domiciliare tra i servizi essenziali da garantire al cittadino. Il ruolo centrale di questo servizio è richiamato nella L.R. 11/2016 che, all'art. 22, lettera e) riconduce il servizio di assistenza domiciliare, con prestazioni di cura sociali e sanitarie integrate, nell'ambito dei livelli essenziali delle prestazioni da assicurare in modo omogeneo.

Il successivo art.26, al comma 4, fa esplicitamente riferimento all'assistenza domiciliare integrata come forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze di persone con bisogni complessi aventi necessità di assistenza continuativa e che richiedono interventi di tipo sociale a rilevanza sanitaria e di tipo sanitario a rilevanza sociale nel contesto di vita quotidiano.

Il modello domiciliare, nello stesso Piano Sociale Regionale, è indicato come risposta prioritaria dei servizi al bisogno assistenziale complesso in quanto, consentendo la permanenza nel proprio contesto di vita, il mantenimento delle relazioni, una migliore gestione delle implicazioni di ordine psicologico, rappresenta uno strumento fondamentale per il benessere della persona.

Il Piano, inoltre, individua nella libertà di scelta, nella coprogettazione con l'utente e la famiglia, nella prossimità e flessibilità massima del servizio, nella competenza e formazione degli operatori coinvolti, gli elementi qualificanti la domiciliarità.

La Regione Lazio ha introdotto una disciplina sistematica dei servizi e degli interventi sociali di assistenza alla persona, diversi da quelli residenziali e semiresidenziali, con la deliberazione di Giunta regionale n. 223/2016, successivamente modificata ed integrata dalla deliberazione di Giunta regionale n.88/2017.

Ai sensi della L.R.11/2016, art.26 commi 4, 5 e 8, per gli utenti in condizione di disabilità gravissima, si possono distinguere tre tipologie di intervento:

- 1) Servizio di assistenza domiciliare;
- 2) Interventi di assistenza alla persona;
- 3) Assistenza del caregiver familiare.

3.1.3 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità grave: assistenza domiciliare, assistenza indiretta (anche nella forma di trasferimenti monetari), interventi complementari (ricoveri di sollievo)

La legge regionale del 23 novembre 2006, n.20 Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza all'articolo 3 individua gli interventi e i servizi finanziari con il fondo:

l. Sono finanziati con le risorse del fondo:

- a) specifici interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per anziani non autosufficienti, allo scopo di evitare il ricovero in strutture residenziali;
- b) servizi di sollievo alla famiglia, per affiancare i familiari che accudiscono la persona non autosufficiente ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro e anche nei periodi di temporanea impossibilità di accudire la persona non autosufficiente;
- c) dimissioni ospedaliere protette per soggetti temporaneamente non autosufficienti e non in grado di organizzare in modo autonomo il rientro al proprio domicilio e la continuazione delle cure, mediante l'organizzazione di interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, programmati in base ad una valutazione complessiva dei bisogni di tali soggetti;
- d) assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per i soggetti non autosufficienti con

patologie cronico-degenerative;

e) interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive;

f) programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta, mediante piani personalizzati, previa verifica del titolo professionale dell'operatore prescelto in relazione alle prestazioni da erogare;

g) interventi economici straordinari per concorrere ai costi di deistituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, dei disabili non autosufficienti e di qualsiasi altro soggetto non autosufficiente.

Il Piano Sociale Regionale prevede una serie di interventi, come di seguito declinati:

- il rafforzamento dell'assistenza domiciliare;
- l'attivazione dei servizi previsti nella legge sul dopo di noi;
- l'opportunità di riconoscere il contributo di cura al caregiver familiare non solo per le persone in condizioni di disabilità gravissima, ma anche per le persone con disabilità media, grave e non autosufficienti;
- la facilitazione dell'accesso, in particolare per le persone disabili, ai servizi residenziali e semiresidenziali riabilitativi;
- l'attivazione di servizi per la fruizione delle prestazioni sanitarie da parte di persone con disabilità complessa e non collaboranti;
- la possibilità di creare momenti di sollievo per le famiglie creando attività di tempo libero sperimentando una vita autonoma (week end di autonomia abitativa e sociale);
- la partecipazione alla vita di comunità.

4.La programmazione delle risorse finanziarie

Indicare la previsione di spesa per le singole attività finanziabili con le risorse del Fondo distinguendo l'importo destinato alle persone con disabilità grave e gravissime

	Annualità 2019	Annualità 2019	Annualità 2020	Annualità 2020	Annualità 2021	
Are di intervento	Interventi per disabilità gravissima	Interventi per disabilità grave	Interventi per disabilità gravissima	Interventi per disabilità grave	Interventi per disabilità gravissima	Interventi per disabilità grave
a) Assistenza domiciliare	€ 2.623.792,00	€ 20.117.920,00	€ 2.613.760,00	€ 20.017.600,00	€ 2.594.180,00	€ 19.921.840,00
b) Assistenza indiretta	€ 23.514.128,00		€ 23.423.840,00		€ 23.347.660,00	
c) Interventi complementari all'assistenza domiciliare		€ 4.500.000,00		€ 4.500.000,00		€ 4.500.000,00
Totale	€ 26.137.920,00					
(esclusa vita indipendente)		€ 24.617.920,00	€ 26.037.600,00	€ 24.517.600,00	€ 25.941.840,00	€ 24.421.840,00
a. Progetti Vita indipendente (senza la quota del cofinanziamento regionale di € 780.000,00)		€ 1.520.000,00		€ 1.520.000,00		€ 1.520.000,00
Totale	€ 26.137.920,00	€ 26.137.920,00	€ 26.037.600,00	€ 26.037.600,00	€ 25.941.840,00	€ 25.941.840,00

* Assicurarsi che l'ammontare destinato agli interventi per i gravissimi sia almeno pari al 50% del totale delle risorse assegnate alla Regione (es. annualità 2019: il rapporto (a)/(c) >=50%)

** Assicurarsi che l'ammontare destinato ai progetti di vita indipendente sia almeno pari a quanto attribuito alla Regione con D.D. n. 669 del 28 dicembre 2018; le risorse a valere del FNA da indicare nella cella (c) corrispondono al numero di ambiti indicato nella Tabella al punto 41 delle linee guida approvate con il citato D.D., moltiplicato per 80 mila euro.

5. Il Monitoraggio degli interventi

Il monitoraggio degli interventi viene svolto a livello distrettuale direttamente dagli organismi di gestione del distretto socio sanitaria, mentre gli stessi provvedono a rendicontare alla Regione le somme assegnate, attraverso una deliberazione della Giunta Regionale di finalizzazione delle risorse trasferite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e quelle direttamente riconducibili al bilancio regionale.

I criteri di riparto, nella fattispecie, sono quelli individuati dal Piano Sociale Regionale, tenuto conto delle richieste e delle persone seguite dai distretti socio sanitari

I distretti nella loro attività di rendicontazione nei confronti della Regione Lazio indicano, in coerenza con quanto programmato dal Piano di Zona, il numero delle persone in carico permettendo, in tal modo, alla Regione di poter esercitare una duplice attività sia in relazione alle utenze che alla distribuzione delle risorse finanziarie.

6. Le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle "Linee di indirizzo per progetti di vita indipendente"

Risorse della quota del FNA e co-finanziamento destinate all'implementazione negli Ambiti Territoriali dei progetti di vita indipendente		
<i>Risorse FNA</i>	Cofinanziamento	TOTALE
1.520.000,00	780.000,00	2.300.000,00
Indicazione n. Ambiti aderenti		
<i>n. 19</i>		
Denominazione Ambiti Territoriali aderenti		
Roma Capitale	500.000,00	
FR B - FROSINONE	100.000,00	
LT2 LATINA	100.000,00	
RM 5.2 GUIDONIA MONTECELIO	100.000,00	
LT 1 APRILIA	100.000,00	
FRD CONSORZIO COMUNI DEL CASSINATE	100.000,00	
RM 6.4 POMEZIA	100.000,00	
RM4.4 CONSORZIO VALLE DEL TEVERE	100.000,00	
LT 4 FONDI	100.000,00	
LT 5 GAETA	100.000,00	
RM 6.2 ALBANO LAZIALE	100.000,00	
RM 6.6 NETTUNO	100.000,00	
FRC AIPES	100.000,00	
RM 6.1 GROTTAFERRATA	100.000,00	
RM 5.1 MONTEROTONDO	100.000,00	
VT 3 VITERBO	100.000,00	
FR A ALATRI	100.000,00	
RM 5.5 SAN VITO ROMANO	100.000,00	
RM 6.3 MARINO	100.000,00	